Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

La douleur du sujet âgé
Prise en charge

Dr Catherine Gires
Hôpital Gériatrique
23 rue des Bateliers
CHRU Lille
59037 Lille cedex

Cas clinique 1

Une femme de 88 ans,veuve depuis un an est hospitalisée en court séjour gériatrique en raison d'un érésipèle de la jambe droite à point de départ d'un ulcère variqueux.

Ses antécédents : HTA

Traitement : Coversyl 4mg/jr

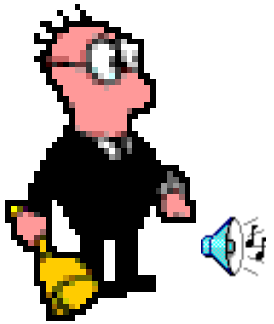
Doliprane 4g/jr

Poids 40kg, créatininémie :15mg/l

Echelle numérique au moment des soins 10/10,

EN en dehors des soins 8/1O

QCM 1

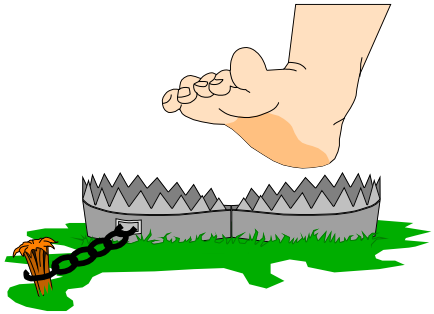


Que pensez-vous ?

- Il s'agit d'une douleur aiguë nociceptive
- Une part psychogène ne peut être éliminée
- L'attitude de l'équipe soignante peut modifier l'intensité de la douleur
- Le confort du malade peut modifier l'intensité de la douleur
- Il faut attendre 48h après l'introduction du traitement pour réévaluer la douleur

Réponse fausse ?

Types de douleurs



- AIGÜE

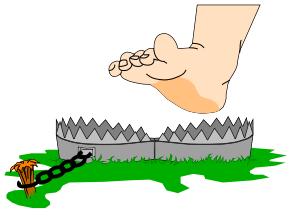
Douleur Aiguë

- Fréquente
- Motif de consultation fréquent pourtant sous estimé et sous traitée par rapport au sujet jeune: insuffisance de plainte, problème cognitif, fatalité, méconnaissance…et fragilité du sujet âgé qui limite les prescriptions.
- Causes
  - Toutes maladies responsables de douleur
  - Douleurs provoquées
    - Chirurgie
    - Soins: pansements, rééducation, actes techniques, toilettes, nursing…
  - Traumatismes
    - Fractures (AVP, Chute, Accidents domestiques…)

Douleur provoquée

- Pansements
- La rééducation (douloureuse dans 45% des cas, douleur utile pour le thérapeute?)
- Les mobilisations
- Les soins d'hygiène
- Les actes techniques
- Chirurgie

Mécanismes de la douleur



: Stimulation périphérique des récepteurs. Le traitement interrompt la transmission du message douloureux.

: Lésion d ’une voie neurologique (Nerf, plexus, racine, moelle, cerveau). Le traitement doit agir sur cette composante= Hyperalgésie

- **Superficielle : picotement brûlure ADT**
- **profonde : décharges Anticonvulsivants**

: Il n ’y a pas de lésion objective et pourtant il existe une sensation douloureuse (diagnostic d ’élimination)

: fréquente chez le sujet âgé

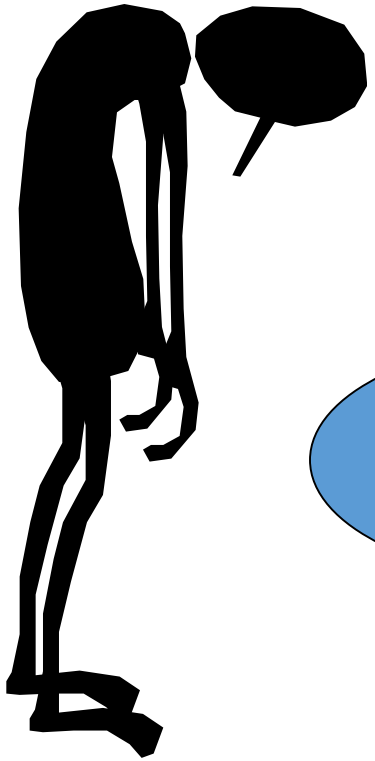
Causes des douleurs

- **Les maladies physiques**
  - (fréq augmentée avec l'âge)
- **Les pathologies de l' appareil locomoteur** : l'arthrose
- **Les pathologies cancéreuses**
  - (fréq augmentée avec l'âge).
- **Les pathologie vasculaires : artérite, amputation**
- **Les pathologies neurologiques**: AVC, neuropathie, zona,
- **Nombreuses causes inhabituelles**
  - examens complémentaires, inadaptation de la prise en charge, surmédicalisation, manque de personnel...
- **Association fréquente à de nombreux facteurs d'aggravation**.
- **Les douleurs liées à la fin de vie**

Souffrance !

- Dans le cadre des douleurs surtout chroniques une dépression est souvent associée
- Le traitement comportera une prise en charge concomitante de la douleur physique et de la douleur morale
- On parle de souffrance
- Causes fréquente chez la personne Agée surtout institutionnalisée: deuils et pertes nombreux

La douleur globale



Physique

Sociale

Morale

Spirituelle

Le seuil de tolérance est différent pour chacun et varie en fonction de certains facteurs.

Des phénomènes physiques peuvent exagérer la douleur mais aussi des facteurs psychologiques.

Les soignants peuvent influer sur ces facteurs.

FACTEURS MODULABLES

Seuil de perception diminué

- Inconfort
- Fatigue
- Anxiété
- Peur
- Colère
- Tristesse
- Dépression
- Isolement mental
- Introversion
- Expérience antérieure

Seuil de perception augmenté

- Sommeil
- Repos
- Sympathie
- Compréhension
- Diversion
- Meilleur moral
- Analgésique
- Tranquillisants
- Antidépresseurs

L'EVALUATION DE LA DOULEUR

- **Etape indispensable , initiale puis régulière**
- **L'expression moins bruyante et souvent non verbalisée .**
- **Les causes multiples**

- **Approche globale indispensable.**
- **Intérêt de l'équipe multidisciplinaire.**
- **Intérêt des grilles d'évaluation comportementale**

L ’EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

- **Type de douleur**, le mécanisme générateur mais surtout sa sévérité.

- C ’est l ’intensité qui justifiera l ’augmentation de posologie sans limite si la tolérance est bonne.

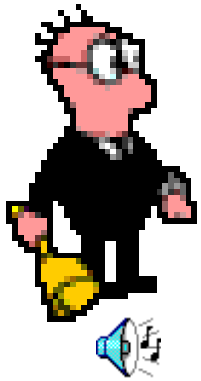
OUTILS et LIMITES

- AUTO-EVALUATION
  - EVA
  - EN +++
  - EVS
    - Limites: troubles de communication, compréhension, sensoriels MMS 18/30

- HETERO-EVALUATION
  - DOLOPLUS 2
  - ALGOPLUS
  - ECPA
    - **Limites: diagnostic de présomption de douleur sur le comportement**
    - **Test thérapeutique utile**

PACSLAC (canadienne)

QCM 2



Quelle proposition thérapeutique faites-vous?

- Introduction du Tramadol 100 mgx4/jr
- Introduction de Ixprim 3cpm /jr
- Introduction Tramadol goutte X gttes deux fois par jour à augmenter progressivement
- Introduction du Fentanyl patch 25 µg/h
- Introduction d'Oxycodone LP 20 mgx2/jr
- Introduction du Kapanol 80 mg/jr
- Introduction d'Hydromorphone LP 8 mgx2/jr
- Introduction de Sulfate de morphine LP 20 mgx2/jr
- Introduction d'Abstral lors des accès douloureux

Une réponse possible

LES MODIFICATIONS METABOLIQUES

Avant toute prescription

- **L'absorption des médicament peu modifiée.**
- **La distribution est modifiée**
  - **diminution du débit cardiaque, rénal et hépatique.**
- **Diminution de l'eau totale et de la masse maigre au profit de la masse grasse .**
- **Diminution de l'albumine surtout chez les sujets dénutris**
- **L'élimination des produits diminuée tant au niveau rénal que hépatique.**
- **L'estimation de la clairance de la créatinine indispensable.**

(Cokroft, MDRD)

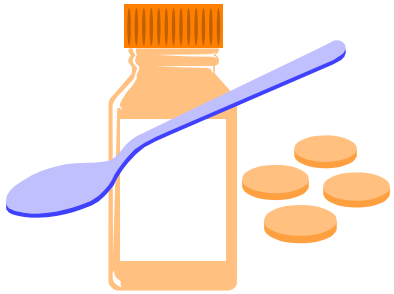
Attention POLYPATHOLOGIE

- Interaction medicamenteuses/ Polymédication
- Iatrogénie
- Dépendance
- Insuffisance rénale
  - excrétion rénale attention si patient deshydraté
- Dénutrition
- Démence

Attention Patient Fragile
Consensus d'expert pour la douleur

- **Comorbidité ≥3**
- **Traitement ≥ 5**
- **Trouble communication verbale**
- **Age ≥ 90 ans**
- **Troubles cognitifs**

- Evaluer fonction rénale, dénutrition
- Toujours anticiper les effets indésirables
- Privilégier les médicaments ayant le moins d'interaction médicamenteuse
- Hiérarchiser toujours en monothérapie associer aux autres traitements locaux
- Dose minimale mais attention prudent mais pas frileux
- Amélioration de l'autonomie +++ et de la qualité de vie



- **Les 3 paliers de l' O.M.S**
  - en respectant ceux-ci sans hésiter à passer d'un palier à l'autre.
- **Des préférences thérapeutiques**
  - habitudes des prescripteurs et forme galénique.
- **Voie orale**
  - tant que celle-ci est possible.
- **Des prises régulières**
  - à intervalles adaptés à la demi-vie du produit préférables à des traitements à la demande.
- **Réévaluation régulière**
  - de l'éfficacité et de la tolérance.
- **Préserver l'autonomie et la conscience du malade**.

LES MEDICAMENTS DU PALIER I

Les dangers du paracétamol?

- Métabolisme hépatique
- Dose poids dépendant
- Modification métabolique à dose trop importante

START LOW and GO SLOW

LES MEDICAMENTS DU PALIER II bis

- Risque de nausée, somnolence confusion
- Forme immédiate et retard
- **Posologie plus faible** et **prises plus espacées**
- Existe en injectable à l ’hôpital

1 prise /jr forme LP

Nouveautés

TRAMADOL

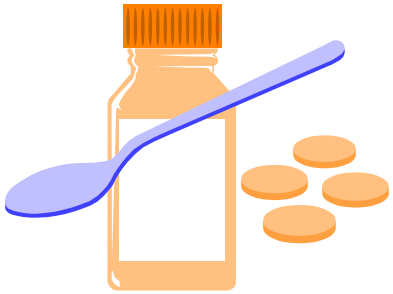
récepteur type μ accumulation dans les CP450 inhibe le recapture de la serrotonine et NA (intérêt dans les douleurs neuropathiques?) explique effets secondaires digestifs, vertiges

éliminé par le rein pour 30%,

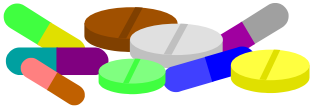
attention risque d'hypoglycemie, de chute, de dépendance, d'épilepsie par diminution du seuil épileptogène, risque de syndrome serrotoninergique si association avec médicaments (confusion vertiges tachycardie).

Adaptation galénique nécessaire Forme goutte 2,5mg par goutte ou association avec paracétamol synergique

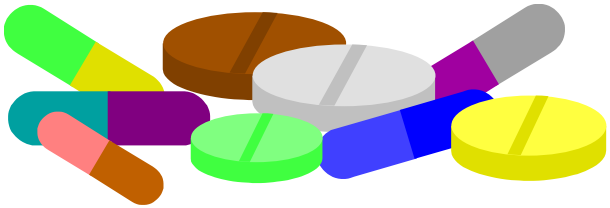
LES MEDICAMENTS DU PALIER III



- <u>orale</u>
  - Sirop de morphine (sirop Aguettant)
  - Sulfate de morphine à libération prolongée (Skénan*, Moscontin*)
  - Sulfate de morphine immédiat (actiskénan*, Sevredol*,Oramorph*)
- <u>injectable Chlorhydrate</u>
  - indications : trouble de déglutition, refus thérapeutique, trouble de conscience
  - discontinu ou continu à la S.A.P



LES EQUIVALENCES



MORPHINE ET PERSONNE AGEE

L'âge n'est pas une contre-indication à la MORPHINE mais impose une plus grande vigilance.

Morphine
Mode d'emploi

- Traitement des douleurs **NOCICEPTIVES**
- Respect **paliers OMS**
- Voie orale privilégiée
- Préférer les produits à demi-vie courte
- Calcul de la clairance (Si IRn 50% de la dose) +++
- Prudence si polymédication, insuffisance hépatique

Morphine
Mode d'emploi

- Ne proposer la **forme transdermique** qu 'en seconde intention, lorsque l 'équilibre thérapeutique est obtenu
- Attention au délai d'efficacité lors du relai
- Savoir **changer d 'opioïdes** en cas d 'inefficacité ou d 'intolérance (rotation des opioïdes)
- **Ne pas associer** la morphine et ses dérivés agonistes (Temgésic)
- Savoir **associer les co-analgésiques** souvent indispensables au lieu d'augmenter les posologies

Informations

FENTANYL indication si douleur intense non soulagée par autre molécule donc pas en première intention, augmentation du délai d'action par voie cutanée, augmentation de la forme libre active si dénutrition, pas éliminé par le rein. La stabilité transdermique moins bonne chez les SA

Forme transmuqueuse uniquement pour les accès douloureux (ADP) des **douleurs cancéreuses** et patient non vierge de morphine. Il existe 7 produits immédiats 5 trans muqueux 2 transnasal

Risque de mésusage recommandations à préciser

OXYCODONE les métabolites sont inactifs ce qui explique la meilleure tolérance chez le SA +++

Plus d'effets secondaires avec les AINS que les morphiniques

Sept formes galéniques de citrate de fentanyl absorbé par voie transmuqueuse sont actuellement commercialisées en France

- **Actiq®** = citrate de fentanyl sous forme de comprimé avec dispositif pour application buccale. Les unités sont dosées à 200, 400, 600, 800, 1 200 ou 1 600 µg fournies en boîtes de 3 ou 30 unités.

- **Abstral®** = citrate de fentanyl sous forme de comprimé sublingual. Les comprimés sont dosés à 100, 200, 300, 400, 600, 800 µg fournis en boîtes de 10 ou 30 comprimés.

- **Effentora®** = citrate de fentanyl sous forme de comprimé gingival. Les comprimés sont dosés à 100, 200, 400, 600, 800 µg fournis en boîtes de 4 ou 28 comprimés.

- **Instanyl®** = citrate de fentanyl sous forme de solution pour pulvérisations nasales. Les flacons pulvérisateurs sont dosés à 50, 100, 200 µg/dose. Flacons monodoses et flacons contenant 10, 20 ou 40 doses.

- **Pecfent®** = citrate de fentanyl sous forme de solution pour pulvérisations nasales. Les flacons pulvérisateurs sont dosés à 100 et 400 µg/dose. Flacons avec compteur contenant 8 doses.

  Recivit ® cpm sub lingual

  Breakyl ® Orodispersible

QCM 3

La patiente est soulagée sous Skénan 30 mgx2/jr mais présente toujours des douleurs lors du pansement.

Que proposez vous ?

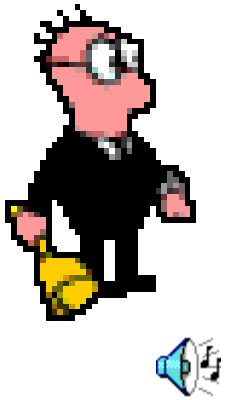
1. Actiskénan 10mg, 30 min avant le pansement
2. Oxynorm 10mg, 1h avant le pansement
3. Abstral 800µg, 1heure avant le pansement
4. Sévrédol 10mg, 1h avant le pansement
5. Chlorhydrate de Morphine en sous-cutané dix mg, 30 min avant le pansement

Réponse vraie ?

Morphine interdose

- Administrer des **interdoses** en cas de douleur ou pic douloureux de 10% de la dose quotidienne voir 1/6 si bonne tolérance
- Attention au délai d'action pour une antalgie anticipée
- Forme sous-cutanée ½ de la dose orale
- Forme IV 1/3 de la dose orale

QCM 4

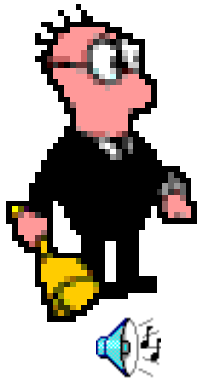


Elle reçoit donc Skénan 30mgx2/j et Actiskénan 10mg, 1h avant le pansement
Quels effets secondaires dépistez- vous ?

1. Un prurit
2. Une constipation
3. Des nausées
4. Une rétention d'urine
5. Une somnolence
6. Une toux

Réponse fausse ?

QCM 5



Pour prévenir et dépister les effets secondaires que mettez-vous en œuvre ?

1. Faire un sondage évacuateur au moins en début de traitement
2. Faire systématiquement une radiographie de l'abdomen sans préparation
3. Prescrire un laxatif systématiquement
4. Surveiller la fréquence respiratoire
5. Surveiller la vigilance

Réponse fausse ?

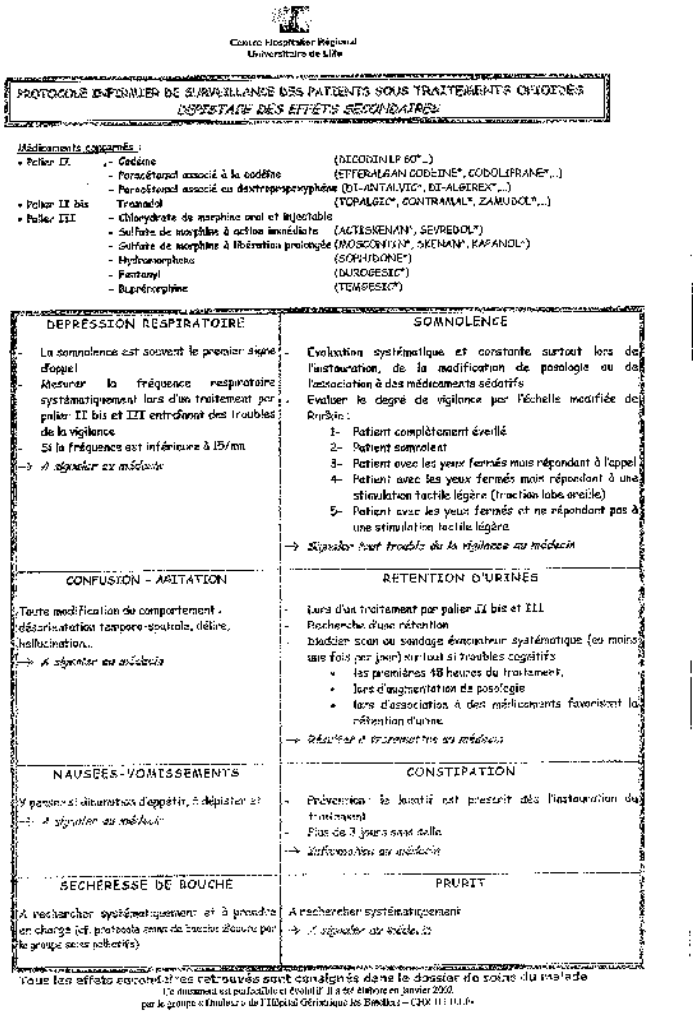
Morphine
Mode d’emploi

- **Prévenir** la constipation par un laxatif stimulant
- **Surveiller** l ’apparition d ’effets secondaires: vomissement, nausées, confusion, prurit, rétention d ’urine, myoclonies, sudation
- Dépister : sondage, fréquence respiratoire, vigilance…

Bilan Avant Morphine

- Respirer
  - Fréquence respiratoire
  - Pauses respiratoire
- Eliminer
  - Date des dernières selles
  - Régularité des mictions
- Boire et manger
  - Nausées
  - Vomissements
  - Fausses routes
- Dormir
  - Dort il la nuit le matin l'après midi
  - Est il éveillable?
- Communiquer
  - Confusion, agitation, délirant?
  - Hallucinations préalables?

Protocoles effets secondaires et surdosage



Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

PROTOCOLE INFIRMIER DE SURVEILLANCE DES PATIENTS SOUS TRAITEMENTS OPIOÏDES
DEPISTAGE DES EFFETS SECONDAIRES

Médicaments concernés :

- Palier I : - Codéine (DICODIN LP 60®...)
  - Paracétamol associé à la codéine (EFFERALGAN CODEINE®, CODOLIPRANE®,...)
  - Paracétamol associé au dextropropoxyphène (DI-ANTALVIC®, DI-ALGIREX®,...)
- Palier II bis : Tramadol (TOPALGIC®, CONTRAMAL®, ZAMUDOL®,...)
- Palier III :
  - Chlorydrate de morphine orale et injectable
  - Sulfate de morphine à actions immédiates (ACTISKENAN®, SEVREDOL®)
  - Sulfate de morphine à libération prolongée (MOSCONTIN®, SKENAN®, KAPANOL®)
  - Hydromorphone (SOPHIDONE®)
  - Fentanyl (DUROGESIC®)
  - Buprénorphine (TEMGESIC®)

DEPRESSION RESPIRATOIRE

- La somnolence est souvent le premier signe d'appel
- Mesurer la fréquence respiratoire systématiquement lors d'un traitement par palier II bis et III entraînant des troubles de la vigilance
- Si la fréquence est inférieure à 15/mn

→ *A signaler au médecin*

SOMNOLENCE

- Evaluation systématique et constante surtout lors de l'instauration, de la modification de posologie ou de l'association à des médicaments sédatifs
- Evaluer le degré de vigilance par l'échelle modifiée de Rudkin :
  1- Patient complètement éveillé
  2- Patient somnolent
  3- Patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel
  4- Patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère (traction lobe oreille)
  5- Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère

→ *Signaler tout trouble de la vigilance au médecin*

CONFUSION - AGITATION

Toute modification du comportement : désorientation temporo-spatiale, délire, hallucination...

→ *A signaler au médecin*

RETENTION D'URINES

- Lors d'un traitement par palier II bis et III
- Rechercher d'une rétention
- Bladder scan ou sondage évacuateur systématique (es moins trois fois par jour) surtout si troubles cognitifs
  - les premières 48 heures du traitement,
  - lors d'augmentation de posologie
  - lors d'association à des médicaments favorisant la rétention d'urine.

→ *Rechercher systématiquement au médecin*

NAUSEES-VOMISSEMENTS

Y penser si diminution d'appétit, à dépister et

→ *A signaler au médecin*

CONSTIPATION

- Prévention : le laxatif est prescrit dès l'instauration du traitement
- Plus de 3 jours sans selle

→ *Rechercher au médecin*

SECHERESSE DE BOUCHE

A rechercher systématiquement et à prendre en charge (cf. protocole soins de bouche donné par le groupe soins palliatifs)

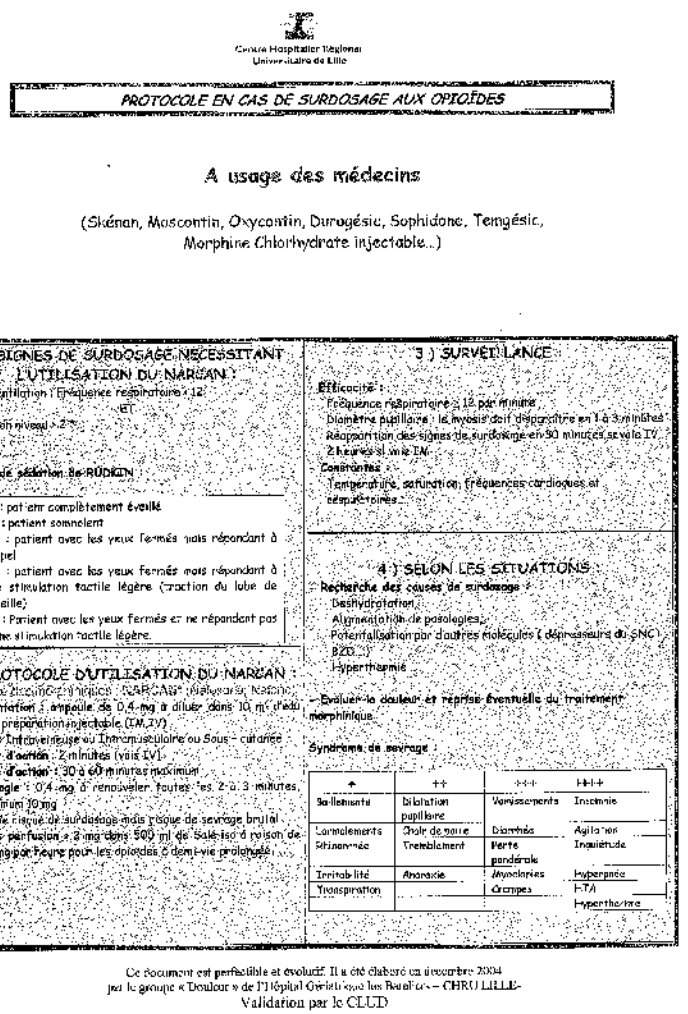
PRURIT

A rechercher systématiquement

→ *A signaler au médecin*

Tous les effets secondaires rencontrés sont consignés dans le dossier de soins du malade

Ce document est perfectible et évolutif. Il a été élaboré en janvier 2002
par le groupe « Douleur » de l'Hôpital Gériatrique les Bruyères – CHRU LILLE



Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

PROTOCOLE EN CAS DE SURDOSAGE AUX OPIOÏDES

A usage des médecins

(Skénan, Moscontin, Oxycontin, Durogésic, Sophidone, Temgésic, Morphine Chlorhydrate injectable...)

1) SIGNES DE SURDOSAGE NECESSITANT L'UTILISATION DU NARCAN :

Hypoventilation : Fréquence respiratoire < 12
ET
Sédation niveau > 2 *
Myosis : -

Echelle de sédation de RUDKIN

- 1 : patient complètement éveillé
- 2 : patient somnolent
- 3 : patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel
- 4 : patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère (traction du lobe de l'oreille)
- 5 : Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère.

2) PROTOCOLE D'UTILISATION DU NARCAN :

Validé lors de la réunion CLUD/CPC/CAT du [illegible] Janvier 2003

Présentation : ampoule de 0,4 mg à diluer dans 10 ml d'eau pour préparation injectable (IM, IV)
Voie : Intraveineuse ou Intramusculaire ou Sous - cutanée
Délais d'action : 2 minutes (voie IV).
Durée d'action : 30 à 60 minutes maximum
Posologie : 0,4 mg à renouveler toutes les 2 à 3 minutes, maximum 10 mg
Pas de risque de surdosage mais risque de sevrage brutal
Relais perfusion : 3 mg dans 500 ml de Salé iso à raison de 0,4 mg par heure pour les opioïdes à demi-vie prolongée

3) SURVEILLANCE

Efficacité :
Fréquence respiratoire > 12 par minute
Diamètre pupillaire : le myosis doit disparaître en 1 à 3 minutes
Réapparition des signes de surdosage en 30 minutes si voie IV
2 heures si voie IM
Contrôles :
Température, saturation, fréquences cardiaques et respiratoires.

4) SELON LES SITUATIONS :

Recherche des causes de surdosage :
Déshydratation
Augmentation de posologies
Potentialisation par d'autres molécules (dépresseurs du SNC)
ECG
Hyperthermie

Evaluer la douleur et reprise éventuelle du traitement morphinique.

Syndrome de sevrage :

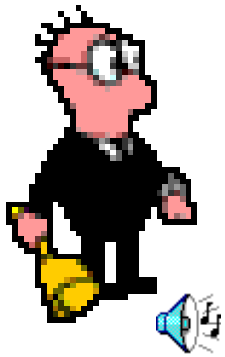
+	++	+++	++++
Bâillements	Dilatation pupillaire	Vomissements	Insomnie
Larmoiements Rhinorrhée	Chair de poule Tremblement	Diarrhée Perte pondérale	Agitation Inquiétude
Irritabilité	Anorexie	Myoclonies	Hyperpnée
Transpiration		Crampes	HTA Hyperthermie

Ce document est perfectible et évolutif. Il a été élaboré en décembre 2004
par le groupe « Douleur » de l'Hôpital Gériatrique les Bruyères – CHRU LILLE-
Validation par le CLUD

La patiente présente sous Skénan 30mgx2/jr et Actiskénan 10mg une majoration des douleurs au niveau de l'ulcère avec des douleurs essentiellement nocturnes.

QCM 6

Que faites-vous ?



1. Rechercher une étiologie artérielle ou une infection locale
2. Ajouter une interdose d'Actiskénan 20 mg le soir
3. Majorer le traitement en doublant la dose pour agir plus vite et en fonction de l'intensité de la douleur
4. Relayer le traitement morphinique par un patch de Durogésic 50µG/h
5. Proposer un traitement hypnotique pour faciliter l'endormissement

Réponse vraie ?

Attention!

- Importance de comprendre le mécanisme de la douleur pour bien traiter
- Privilégier les interdoses mais implication de l'équipe nécessaire
- Attention à l'insomnie, toujours rechercher une douleur
- Augmentation des posologies de 30% par jour maximum

PLAIES ET DOULEUR

- Les plaies sont responsables de douleur : ulcères veineux, artériels , escarre et artérite évoluée.
- Elles sont responsables de douleurs fréquentes souvent négligées chez la personne âgée qui ne se plaint pas (fatalité, ignorance des traitements…)
- La douleur et les plaies ont un retentissement important sur le physique et le psychisme des patients en particulier des personnes âgées.
- Une prise en charge globale du patient est nécessaire.

DOULEUR ET PLAIES

- Il faut :
  - Différencier les différents **types** de douleur
  - Evaluer l' **intensité**
  - Évaluer si la douleur est continue ou présente qu'au moment du pansement.
- La douleur est un signe fonctionnel important pour reconnaître certaines pathologies (infection…)
- La douleur peut interférer sur la cicatrisation de la plaie (↓ oxygénation, stress, ↓ appétit)

LA DOULEUR EST UN SIGNAL D ’ALARME

Elle peut orienter vers une étiologie et donc un traitement adapté:

- **Ulcère artériel avec *douleur de décubitus***
- **Angiodermite nécrotique avec *douleur intense insomniante* nécessitant souvent une greffe en urgence**

Elle peut orienter vers une complication :

- **surinfection, eczéma, atteinte profonde osseuse**

DOULEUR ET PANSEMENT

- Le pansement est souvent un **acte redouté** par le patient

- La sédation de la douleur permettra la **réalisation d'un soin de bonne qualité** (***détersion suffisante***) permettant une évolution favorable plus rapide et une meilleure participation du patient

DIFFERENTS MECANISMES DE DOULEURS

- La douleur **nociceptive** lors d'une plaie peut être due
  - soit à **l'effraction cutanée mettant à nu les fibres nerveuses nociceptives**,
  - soit peut être due à la **libération** en périlésionnel de substances **pro inflammatoires**

- La douleur peut aussi dans certains cas être **neurogène** par atteinte du système nerveux périphérique ou central

- La douleur peut être **mixte** dans certains cas.

DIFFERENTS MECANISMES DE DOULEURS

Enfin il peut y avoir des mécanismes locaux :

- **compression** selon la localisation (articulation, sacrum)
- technique de nettoyage **inadaptée**
- utilisation de pansement **inadapté (adhérent ou autre)**
- position **inconfortable...**

COMMENT EVITER OU ATTENUER LA DOULEUR

- **Traitement antalgique de fond médicamenteux** pour les douleurs chroniques sur l'ensemble de la journée
- **Traitement antalgique médicamenteux** avant le soin
- **Anesthésie locale**
- **Réalisation de pansement adapté.** ***Rassurer le patient, le mettre en confiance, passer des « contrats »...***
- **Possibilité d'utiliser le MEOPA (délai d'action plus long)**

Dans la mesure du possible….

- Effectuer les pansements à **heures régulières** pour permettre la **prémédication**
- Favoriser un **climat de confiance** avec le patient basé sur des **transmissions significatives et précises** entre les soignants
- Eviter les mouvements traumatisants en se faisant aider si possible pour une **mobilisation douce** du patient,
- Favoriser le confort **du patient et du soignant** (hauteur du lit, coussins…)
- Travailler en **binôme** pour les patients grabataires en y associant les soins d'hygiène. Choisir un pansement **adapté**
- **Espacer** les pansements dès que possible

NE PAS OUBLIER

Traitement étiologique

- insuffisance veineuse ➲ contention

- artériopathie ➲ antiagrégants plaquettaires
  ➲ vasodilatateurs artériels
  ➲ chirurgie

- escarres ➲ **défaut d'appui**
  - nursing
  - matelas adapté

- soutien psychologique

↳ **<u>DIMINUTION DE LA DOULEUR +++</u>**

CAS CLINIQUE 2

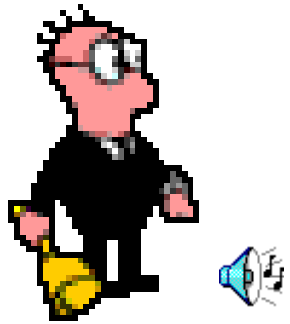
Un homme de 90 ans est admis en USLD pour perte d'autonomie en relation avec une démence vasculaire avec troubles du comportement.
GIR 2, MMS 15/30, MNA 15/30, poids 80 Kg, créatininémie 12mg/j

Antécédents : artérite, diabète insulino-requérant, HTA, PTH

Survenue d'une escarre du talon droit.

Le patient est agité, refuse de s'alimenter et de prendre ses médicaments

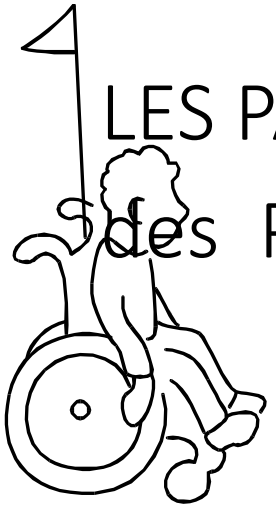
QCM 7



Que proposez-vous ?

1. Mettre en décharge le talon pour soulager le patient
2. Evaluer la douleur par une EVA plusieurs fois par jour
3. Observer de façon pluri-quotidienne le comportement du patient
4. Faire un test thérapeutique antalgique
5. Privilégier la voie sous-cutanée face au refus des traitements ou transdermique

Réponse fausse ?

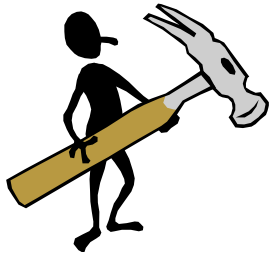


LES PARTICULARITES CLINIQUES des Personnes âgées dépendantes

- Spécificités des douleurs chez les patients âgés grabataires

- Limites de l'EVA ou EN: troubles cognitifs MMS 18/30
- Evaluation comportementale
- Intérêt des tests thérapeutiques

INTERETS DES OUTILS



- Identifier les patients douloureux
- Améliorer la relation soignant/ malade
- Faciliter les prises de décisions thérapeutiques antalgiques ou autres
- Suivre la réponse aux thérapeutiques
- Utiliser des critères communs dans l'équipe favorisant la transmission des informations.

Quand les utiliser?

- Dès l'entrée à l' hôpital ou en structure
- Mais surtout lors de la réalisation de soins potentiellement douloureux : toilette, nursing, soins de plaies
- Lors de la surveillance d'un traitement antalgique

DOLOPLUS 2

- Initiative du collectif Doloplus (Dr Wary)
- Recherche dès 1992 reconnue en 1999 par L'ANAES
- Objectifs:
  - évaluation de la douleur par son retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial
  - Explore surtout la douleur chronique
- Nombreuses publications
- Grille à 10 items en trois sous groupe
- Cotation à 4 degrés

Retentissement somatique

5 items

1. Plaintes somatiques

. Pas de plainte 0

. Plaintes uniquement à la sollicitation 1

. Plaintes spontanées occasionnelles 2

. Plaintes spontanées continues 3

Retentissement somatique

2. Positions antalgiques au repos

. Pas de position antalgique 0
. Le sujet évite certaine position de façon occasionnelle 1
. Position antalgique permanente et efficace 2
. Position antalgique permanente inefficace 3

Retentissement somatique

3. Protection des zones douloureuses

. Pas de protection	0
. Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou du soin	1
. Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2
. Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3

Retentissement somatique

4. Mimique

. Mimique habituelle	0
. Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
. Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
. Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3

Retentissement somatique

5. Sommeil

. Sommeil habituel	0	
. Difficultés d'endormissement	1	
. Réveils fréquents (agitation motrice)		2
. Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	

Retentissement Psychomoteur

2 items

6. Toilette et/ou habillage

. Possibilités habituelles inchangées 0

. Possibilités habituelles peu diminuées
(précautionneux mais complet) 1

. Possibilités habituelles très diminuées
toilette et/ou habillage étant difficiles
et partiels 2

. Toilette et/ou habillage impossible
le malade exprimant son opposition
à toute tentative 3

Retentissement Psychomoteur

7. Mouvement

. Possibilités habituelles inchangées	0
. Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche…)	1
. Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
. Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3

Retentissement Psychosocial

3 items

8. Communication

. Inchangée 0

. Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) 1

. Diminuée (la personne s'isole) 2

. Absence ou refus de toute communication 3

Retentissement Psychosocial

9. Vie sociale

. Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques) 0

. Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation 1

. Refus partiel de participation aux différentes activités 2

. Refus de toute vie sociale 3

Retentissement Psychosocial

10. Troubles du comportement

. Comportement habituel	0		
. Troubles du comportement à la sollicitation et itératif		1	
. Troubles du comportement à la sollicitation et permanent			2
. Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3		

Technique (1)

- Nécessite un apprentissage
- Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence
- Ne rien coter en cas d'item inadapté
- Les comportements passifs ont autant de valeur que les comportements actifs
- Pas de cotation d'un item isolé c'est le score global qui compte
- Ne pas comparer les scores de patients différents
- Pas de douleur si score inférieur à 5

Technique (2)

- Etablir la cinétique des scores sur la feuille de température sous traitement
- Ne pas hésiter à faire un test thérapeutique
- L'échelle cote la douleur et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives
- Ne pas recourir à l'échelle systématiquement si la personne est communicante et coopérante +++

ECPA

- Initiative de l'équipe du Dr ALIX du CHU de Caen
- Recherche dès 1993 reconnue en 1999 par L'ANAES
- Objectifs:
  - évaluation de la douleur lors des soins (toilette, pansement, nursing) moments les plus douloureux dans la journée de ces patients surtout en institution
  - Valoriser la compétence des soignants les plus proches des sujets douloureux.
- Nombreuses publications

Les items ECPA

- **Avant les soins**
  - Observation du visage: regard et mimique
  - Position spontanée au repos
  - Mouvements ou mobilité du patient (hors et/ou dans le lit)
  - Relation à autrui

(certains items se réfèrent aux jours précédents)

Echelle ECPA

Nom : ..... Prénom : ..... Service : ..... Date :	SCORE TOTAL (sur 32) :

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

0 : Visage détendu
1 : Visage soucieux
2 : Le sujet grimace de temps en temps
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé
4 : Expression complètement figée

2° POSITION SPONTANEE au repos
(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)

0 : Aucune position antalgique
1 : Le sujet évite une position
2 : Le sujet choisit une position antalgique
3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient
(hors et/ou dans le lit)

0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
3 : Immobilité contrairement à son habitude*
4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*

4° RELATION A AUTRUI
Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...

0 : Même type de contact que d'habitude*
1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*
3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

* : se référer aux jours précédents
** : ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

Les items ECPA

- Observation pendant les soins
  - Anticipation anxieuse aux soins
  - Réactions pendant la mobilisation
  - Réactions pendant les soins des zones douloureuses
  - Plaintes exprimées pendant le soin

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation ANXIEUSE aux soins

0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
1 : Angoisse du regard, impression de peur
2 : Sujet agité
3 : Sujet agressif
4 : Cris, soupirs, gémissements

6° Réactions pendant la MOBILISATION

0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

0 : Aucune réaction pendant les soins
1 : Réaction pendant les soins, sans plus
2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
4 : L'approche des zones est impossible

8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins

0 : Le sujet ne se plaint pas
1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

TECHNIQUE (1)

- Respecter le déroulement : grille de 8 items observés à 4 degrés
  - Les 4 premiers évaluent le comportement en dehors des soins
  - Les 4 suivants pendant les soins
- Un seul soignant en quelque minute mais souvent réalisé par le binôme qui a fait les soins
- Evaluation systématique lors de l'observation d'un comportement inhabituel ou lors de soins potentiellement douloureux (toilette en fin de vie) car impossible de la faire pour tous les patients non communicants d'un service

TECHNIQUE (2)

- Tous les items sont nécessaires et en cas d'hésitation, prendre le degré le plus élevé
- Pas de score limite qui signe la douleur
- Le soignant doit se faire confiance
- Le médecin doit faire confiance à l'évaluateur
- Ne prendre en compte que ce qui est observé et non ce qui existait les jours précédents
- Réévaluation fréquente
  - Surveillance de l'efficacité du traitement instauré
  - Réapparition d'une douleur surtout en fin de vie
- Transmission orale et écrite
- Le résultat ne préjuge en rien d'un traitement antalgique

EXEMPLE DE COTATION

- ⇨Score de 16/32
  - ⇨Avant soin 2/16
  - ⇨Pendant soin 14/16
    - ⇨Douleur générée par le soin = Antalgie avant celui-ci
- ⇨Score de 16/32
  - ⇨Avant le soin 8/ 16
  - ⇨Pendant le soin 8/16
    - ⇨Douleur en permanence = Traitement systématique à horaire fixe voir avant le soin

MAIS SURTOUT EVOLUTION SOUS TRAITEMENT

ALGOPLUS

Score supérieur ou égal à 2 = prise en charge.

5 domaines d'observation

1. VISAGE: OUI NON

   froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.

2. REGARD OUI NON

   regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés

3. PLAINTES OUI NON

   « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissement, cris.

4. CORPS OUI NON

   retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitude figée

5. COMPORTEMENT OUI NON

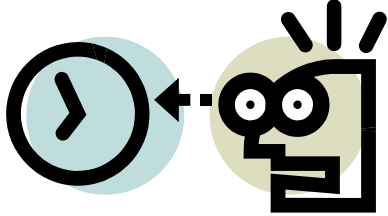
   agitation ou agressivité, agrippement

Total de oui/5

TRACABILITE !!

- **Démarche qualité**
- **Score à noter sur la feuille de suivi des constantes**

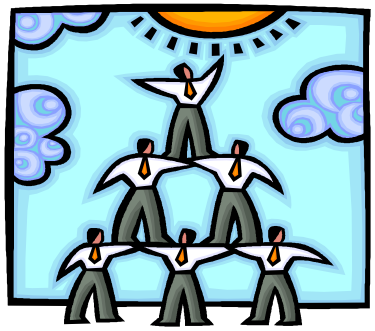
Préciser si Douleur = Zéro



LIMITES des GRILLES

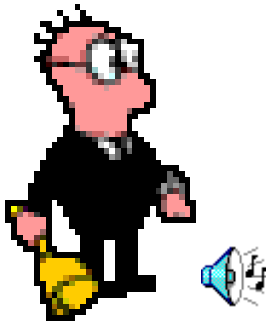
- Ne permettent pas d'infirmer ou d'affirmer la douleur
- Diagnostic de présomption de douleur évaluée sur la modification du comportement
- Intérêt de la connaissance du patient
- Intérêt des tests thérapeutiques antalgiques
- Non utilisable pour les états végétatifs et la sédation

TRAVAIL D'UNE EQUIPE



- Formation du personnel indispensable
- Mise à disposition des grilles
- Initiative des soignants
- Implication des médecins (demande, suivi des grilles)

QCM 8

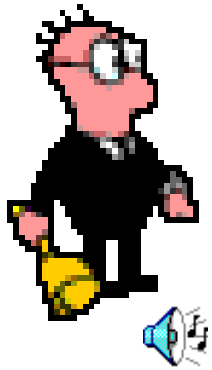


Quelle thérapeutique instaurez-vous ?

1. Chlorhydrate de Morphine dix mg toutes les 4h en sous-cutané
2. Chlorhydrate de Morphine en SAP par voie sous-cutané continue vingt mg/24h
3. Faire une antalgie avant la toilette et le soin d'escarre avec chlorhydrate de morphine vingt mg, 30 min avant la toilette
4. Vous modifiez la posologie toutes les semaines pour éviter l'accoutumance
5. Préférer par simplicité un Durogésic 50µg/j

Réponse vraie ?

QCM 9



Le patient présente une réaction en triple retrait lors de la toilette et s'agite lors de la toilette des jambes et des pieds réalisée par l'aide-soignante

Que faites-vous ?

1. Evoquer une douleur neuropathique même en l'absence de DN4 ≥4
2. Introduire un traitement anti-épileptique ou un antidépresseur
3. Ne modifier qu'une thérapeutique par jour
4. Majorer la posologie de morphine sur 24h
5. Faire la toilette en binôme(infirmière/AS ou 2 AS)

Réponse fausse ?

Les douleurs neurogènes

Y penser

Il s'agit de douleurs chroniques

- **Définition :**
  - Douleurs dues à des lésions ou à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central
- Fréquentes chez la personne âgée, de diagnostic et de traitement difficile
- Apparition de la douleur quelques jours à quelques semaines après la lésion
- Dans 1/3 des cas hypoesthésie ou anesthésie douloureuse dans le même territoire
- Dans 2/3 des cas :
- Aggravation des douleurs à l'émotion, au bruit

Les antalgiques mêmes les morphiniques n'ont que peu d'efficacité sur ce type de douleur

Les douleurs neurogènes sémiologie

- **1) Fond douloureux permanent**

- **2) Fulgurantes, paroxystiques**,

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point **NON = 0 point** **Score du Patient : / 10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non »
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10

Si le Score du Patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif
(sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%)

D'après Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 ; 114 :29-36

DN4

- LYRICA (25, 50,75,100,150)
  - Posologie de départ : 25 mg par jour matin et soir
  - Augmentation de posologie : 25 mg X2 par jour tous les 4 jours
  - Posologie moyenne : 150 mg
  - Délai d'efficacité : rapide, évaluation dans les 48 heures
  - Principaux effets secondaires : bien toléré mais Vertiges , somnolence, risque de chute ++++, oedèmes possible

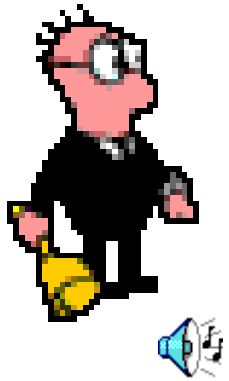
- **Antidépresseurs :** Tricycliques et apparentés

- **Les autres antidépresseurs Duloxetine CYMBALTA +++**

- Patch de Versatis
- Patch Capsaicïne (unités douleurs)
- TENS +++ (Neurostimulation transcutanée)

- MEOPA pour les soins douloureux accessible en EHPAD (Mélange équimoléculaire de protoxyde d’azote et oxygène, analgésie de surface et anxiolyse equivalent 10mg de morphine)

QCM 10



La prise en charge de la douleur en structure requiert :

1. Une formation du personnel (outil Mobiqual)
2. Un travail d'équipe
3. Un matériel adapté au confort du malade pour l'installation et la mobilisation
4. Un dépistage systématique de symptôme douleur
5. Essentiellement une prescription d'antalgique majeur

Réponse fausse ?

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

SOINS INFIRMIERS ET DOULEURS

En conformité avec le nouveau décret du 11 février 2002
relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Mesures limitant les douleurs lors de :
LA TOILETTE réalisée au lit, au lavabo, à la douche ou au bain
Selon le protocole hygiène de l'Hôpital

PRINCIPES

- La toilette permet de conserver la peau en parfait état de propreté et préserve ainsi ses rôles protecteurs et sécréteurs.
- Elle procure normalement un bien-être total mais dans certains cas, **il ne faut pas sous-estimer** la douleur provoquée par ce geste.
- Maîtriser le geste :
  - **avoir une bonne organisation et savoir regrouper les soins (pansement, toilette)**
  - maintenir l'autonomie de la personne âgée
- respecter ses habitudes d'hygiène (macrocible)

INSTALLATION DU SOIGNANT

- Utiliser les lits à hauteurs variables.
- **Travailler en binôme** quand cela est possible pour éviter les mouvements traumatiques.
- Se tenir le plus près possible du malade pour le réassurer.
- intégrer les techniques de manutention visant à limiter les douleurs
- Le confort du soignant est primordial pour éviter l'angoisse et la répercussion sur la personne soignée.

RELATION

- Favoriser une relation privilégiée avec la personne âgée en particulier lors de troubles cognitifs.
- instaurer un climat de confiance
- **informer le malade de l'acte**
- proposer, expliquer le soin, ne jamais lui imposer et savoir le différer
- négocier les modalités avec la personne âgée
  adapter l'heure de la toilette
  en fonction de son état et de sa fatigue
- s'adapter à la personnalité du malade pour optimiser le contact

INSTALLATION DU MALADE

- **Mobiliser les articulations de manière passive** avant un étirement ou un retournement.
- **Rechercher la position antalgique à privilégier avant, pendant et après le soin**.
- Inviter le malade à regarder vers l'endroit où il doit être tourné pour faciliter la rotation naturelle du corps.
- Penser à relever une barrière lors du retournement cela rassure le malade et lui permet de se tenir.
- Veiller au respect de la pudeur de la personne âgée.

CHOIX D'UN TRAITEMENT ANTALGIQUE

- **Evaluation** systématique lors de la toilette de la douleur : **plainte ou comportement**
- Utilisation d'outils validés (EVA, **ECPA)** lors de la toilette suivante
- **Prescription d'une antalgie anticipée**
- **Respect du délai d'action.**
- **Réévaluation** lors des toilettes suivantes

CHOIX DU MATERIEL POUR LIMITER L'INCONFORT

- Utiliser le matériel adapté (lève-malade, verticalisateur, planche de transfert etc…) avec une explication auprès du malade.
- **Utiliser du petit matériel** (boudin, coussin, traversin, matériel d'ergothérapie…).
- Rendre l'environnement le moins agressif possible (bruit, luminosité, température, odeur, fond musical…).
- Choisir une température d'eau en fonction du désir du patient du malade.
- Proposer le bassin ou l'urinal avant de commencer la toilette
- Utiliser des produits dont l'odeur n'incommode pas le malade.

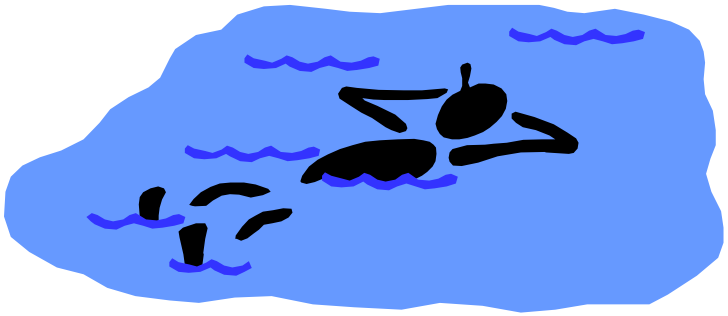
Protocoles

Ce document est perfectible et évolutif. Il a été élaboré en décembre 2003
par le groupe « Douleur » de l'Hôpital Gériatrique les Bateliers – CHR U LILLE-
Validé par Mme Moura directeur des soins infirmiers en décembre 2003

- ☐ Une démarche institutionnelle
- ☐ Une évaluation systématique d ’un symptôme souvent négligé
- ☐ L ’utilisation d ’outils adaptés
- ☐ Faire naître un état d ’esprit « Douleur » dans l ’institution

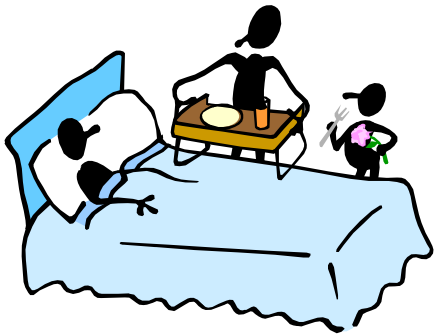
Intérêts des outils d ’évaluation: Un travail d’équipe

INSTALLATION DES MALADES



Réfléchir en équipe
à la position optimale.
Faire participer
les ergothérapeutes et
kinésithérapeutes

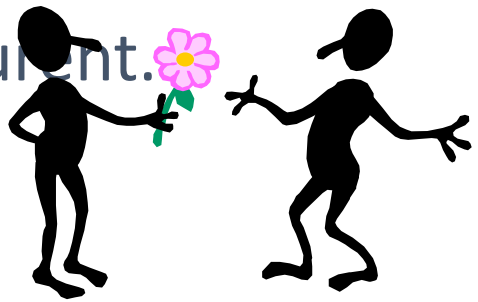
MOBILISATION DES MALADES



Réfléchir en équipe
à la
meilleure technique
de mobilisation

LES AUTRES THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES

Action directe et par la relation humaine que ces techniques procurent.



Synthèse
Spécificités de la douleur chez la personne âgée

- **Fréquente**
- **Grave si négligée**
- **Evaluation difficile**
- **Traitement prudent**
  - fragilité, personnalisé, par palier, dose réduite, tous traitements, horaire, prescription anticipée, soins récurrents
- **Surveillance rapprochée et régulière**
- **Souffrance morale = Pertes multiples**

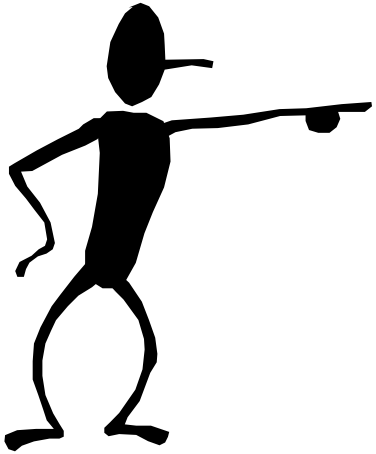
⇨ Prise en charge globale

- La prise en charge de la douleur du sujet âgé est un élément fondamental de sa qualité de vie en particulier en fin de vie.
- Impliquer l ’ensemble du personnel soignant à cette démarche et en particulier à l ’évaluation est une nécessité.
- Former les équipes est prioritaire.
- Motiver les équipes par la mise en place de groupe douleur au sein des établissements gériatriques est un moyen simple et efficace.

10 points clés

- **Repérer évaluer traiter réévaluer**
- **Adapter les échelles d'évaluation aux capacités du patient**
- **Pensez à la possibilité d'une douleur neuropathique et mixte**
- **Penser à repérer une dépression masquée**
- **Penser aux modifications pharmacologiques liées au vieillissement**
- **Attention à la iatrogénie = anticiper les effets indésirables et interactions médicamenteuses**
- **Adapter la posologie, la forme galénique et le choix de du traitement en fonction du patient**
- **Pensez aux techniques non médicamenteuses**

LES DIX COMMANDEMENTS



Personne
Âgée
Non
communicante